

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1938-1939 — N° 125

Travail de la Clinique Médicale Infantile (Professeur MOURIQUAND)
et du Service Dermato-Syphiligraphique de l'Antiquaille
(Docteur GATÉ)

LES MANIFESTATIONS RÉNALES AU COURS DE LA GALE

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTE de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 16 Juin 1939

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Jacqueline BERTRAND

Née le 20 Avril 1914, à LYON (Rhône)



LYON

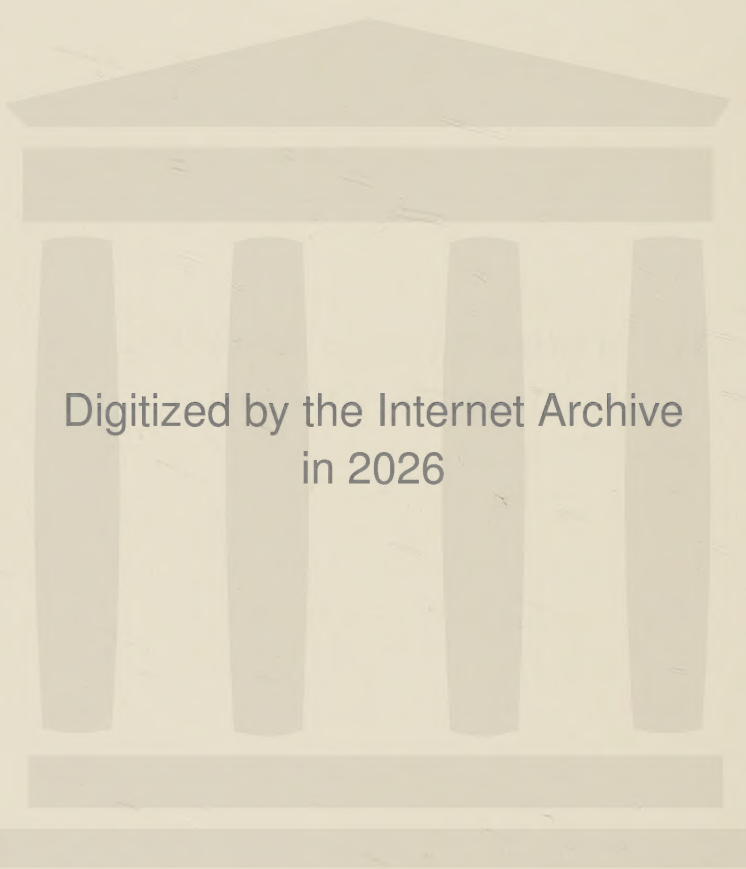
BOSC Frères M. & L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

42, Quai Gailleton, 42

1939

**LES MANIFESTATIONS RÉNALES
AU COURS DE LA GALE**



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1938-1939 — N° 125

Travail de la Clinique Médicale Infantile (Professeur MOURIQUAND)
et du Service Dermato-Syphiligraphique de l'Antiquaille
(Docteur GATÉ)

LES MANIFESTATIONS RÉNALES AU COURS DE LA GALE

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTE de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 16 Juin 1939

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Jacqueline BERTRAND

Née le 20 Avril 1914, à LYON (Rhône)



LYON

BOSC Frères M. & L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

42, Quai Gailleton, 42

—
1939

PERSONNEL DE LA FACULTE

Proyen honoraire	M. L. HUGOUNENQ
Doyen	M. J. LEPINE.
Assesseur	M. A. MOREL.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. LANNOIS, HUGOUNENQ, PIC, CONDAMIN,
PAVIOT, NICOLAS, VILLARD., NOVE-JOSSERAND, TIXIER, COLLET, GAYET, CLUZET

PROFESSEURS

Cliniques médicales	} MM. FROMENT. SAVY. PATEL. BERARD. VORON. BONNET. FAVRE. LEPINE (J.). MOURIQUAND. COTTE. REBATTU. CIBERT. TAVERNIER. COURMONT. J. CHALIER PONTHUS. FLORENCE MOREL. MANCEAU. GUIART. LATARJET. POLICARD. HERMANN. CORDIER. CADE. J.-F. MARTIN. SANTY. ARLOING (F.). Etienne MARTIN. ROCHAIX. LEULIER. PIERY.
Cliniques chirurgicales	
Clinique obstétricale et Accouchements	
Clinique ophtalmologique	
Cliniques dermatologique et syphiligraphique	
Clinique neurologique et psychiatrique ..	
Clinique médicale infantile	
Clinique gynécologique.....	
Clinique Oto-rhino-laryngologie	
Clinique urologique.....	
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	
Clinique et prophylaxie de la tuberculose	
Clinique des maladies infectieuses	
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	
Chimie biologique et médicale	
Chimie organique et Toxicologie	
Matière médicale et Botanique	
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	
Anatomie	
Histologie	
Physiologie	
Pathologie interne	
Pathologie générale et thérapeutique	
Anatomie pathologique	
Chirurgie opératoire	
Médecine expérimentale et comparée et Bactériologie	
Médecine légale	
Hygiène	
Pharmacie et Pharmacologie	
Hydrologie thérapeutique et Climatologie	

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours d'Anatomie médico-chirurgicale	MM. THEVENOT (Léon)
Chargé d'un cours d'Embryologie	NOEL.

AGREGES

MM. GABRIELLE DECHAUME BERNHEIM POLLOSSON CHAMBON EPARVIER	MM. GUILLEMINET MORENAS REVOL ENSELME SEDALLIAN CREYSSEL	MM. DE ROUGEMONT P. RAVAUT PIGEAUD CROIZAT DELORE JOSSERAND	MM. MORIN BERTRAND CLAVEL LEVRAIT
--	--	---	---



EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. FAVRE, *président* ; GATÉ, *assesseur* ;
MORENAS et P. RAVAUT.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PERE ET A MA MERE

A MON MARI

A MA FILLE

A TOUS LES MIENS

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR FAVRE

Professeur de Clinique Dermatologique et Syphiligraphique

Nous le remercions de l'honneur qu'il nous fait en présidant notre Jury de thèse, et nous le prions de croire à notre respectueuse admiration.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR MOURIQUAND

Professeur de Clinique Médicale Infantile.

Il nous a confié ce travail, et a bien voulu s'y intéresser. Nous le remercions de l'accueil qu'il nous a réservé, et l'assurons de toute notre gratitude.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ GATE

Médecin des Hôpitaux.

Il a bien voulu s'intéresser à notre travail, il a mis à notre disposition les ressources de son Service de dermatosyphiligraphie de l'Antiquaille, il ne nous a ménagé ni son temps ni ses conseils. Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de toute notre reconnaissance.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ P. RAVALT

Médecin des Hôpitaux.

Nous gardons le meilleur souvenir du semestre, malheureusement trop court, que nous avons passé près de lui comme externe et nous l'assurons ici de notre respectueuse reconnaissance.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MORENAS

Nous le remercions de l'honneur qu'il nous fait en acceptant d'être notre juge.

A NOS MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX .

MONSIEUR LE PROFESSEUR BERARD

MONSIEUR LE PROFESSEUR VILLARD

MONSIEUR LE PROFESSEUR BONNET

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ ROCHET

MONSIEUR LE DOCTEUR GRAVIER

MONSIEUR LE DOCTEUR PALLASSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ P. RAVALT

A MONSIEUR JEAN PEISSEL

Interne des Hôpitaux.

Pour l'aide efficace qu'il nous a
apportée dans l'élaboration de ce tra-
vail.

LES MANIFESTATIONS RÉNALES AU COURS DE LA GALE

INTRODUCTION

A la séance du 20 décembre 1938 de la Société Médicale des Hôpitaux de Lyon, MM. Mouriquand, Wenger et Mlle Flotard présentaient les observations de deux néphrites mortelles chez deux enfants, frère et sœur, atteints de gale. A propos de ces deux observations, M. le Professeur Mouriquand nous conseilla de revoir et d'étudier à nouveau le rôle classique de la gale dans l'étiologie des albuminuries en général et de certaines néphrites aiguës en particulier.

M. le Docteur Gaté voulut bien nous confier les observations des malades hospitalisés pour gale dans son service de l'Antiquaille depuis de nombreuses années. Chez tous ces galeux, l'albumine avait été systématiquement recherchée dans les urines, au cours de leur séjour dans le service. De plus, au cours de ces quatre derniers mois, elle fut également recherchée chez tous les galeux qui se présentèrent à la consultation du service de dermatologie de l'Antiquaille.

Nous voudrions ici remercier M. le Professeur Mouriquand pour l'extrême bonté et la confiance qu'il nous a témoignées en nous confiant ce travail, et M. le

Docteur Gaté qui a mis à notre disposition le matériel considérable de son service.

Nous nous proposons, après un bref rappel historique, d'envisager dans un deuxième chapitre l'aspect clinique du retentissement rénal de la dermatose acarienne, dans ses deux formes classiques : l'albuminurie isolée et la néphrite aiguë au cours de la gale. Nous exposerons enfin les conclusions d'ordre pathogénique et étiologique qui paraissent découler des faits cliniques que nous apportons.

HISTORIQUE

Morgagni déjà signalait l'anasarque et l'hématurie dans le décours d'une gale. En 1824, Portal (cité par Mathieu) rapporte l'histoire d'une jeune fille de dix-huit ans et d'une femme de quarante ans qui, toutes deux atteintes de gale, devinrent hydropiques.

Unna (1874), examinant les urines de 124 galeux, constata que 9 étaient albuminuriques. Il attribua cette albuminurie au traitement par les frictions à l'onguent styrax.

Boyer, dans sa thèse soutenue à Lyon en 1883, réagit contre cette opinion. A ses yeux, l'albuminurie au cours de la gale n'est pas due au traitement, quel qu'il soit, mais à l'affection scabieïque elle-même. Il rapporte dans son travail onze cas de gale compliqués d'albuminurie, en dehors de tout traitement. Sur ces onze observations, on relève notamment deux cas de gales compliquées, non seulement d'albuminurie, mais encore d'anasarque. Il faut rapprocher ces deux observations d'un cas publié par Mailhetard (Thèse de Paris, 1874), où l'albuminurie s'accompagnait d'œdèmes et d'urémie à forme dyspnéique. Enfin, en 1893, Bethizat rapportait à Montpellier une nouvelle observation de gale pustuleuse avec néphrite aiguë et accidents urémiques.

Quelques années plus tard, Scheube (cité par Mathieu), sur 1.300 galeux, mettait en évidence 17 fois l'albuminurie. Et, dans deux cas, il s'agissait même d'une néphrite mortelle.

En 1908, à Lyon, MM. Nicolas et Jambon, dans les *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, publient un important travail sur l'albuminurie chez les galeux, et, la même année, M. Nicolas inspire à Lyon la thèse importante de Mathieu (Lyon, 1907-1908). Sur 101 galeux, MM. Nicolas et Jambon relèvent 16 albuminuriques, dont les observations sont rapportées dans la thèse de Mathieu. On y note en particulier deux cas de néphrite aiguë. Il paraît acquis que « la gale s'accompagne assez fréquemment d'albuminurie. Cette albuminurie peut être essentiellement subordonnée, dans son apparition, sa durée et sa disparition, à la lésion cutanée qui lui a donné naissance » (Nicolas et Jambon).

Par contre, Boas (1908), en Allemagne, sur un nombre relativement élevé de 1.010 galeux, ne releva que 13 albuminuries, dont 6 auraient été expliquées par toute autre chose que la gale. Restaient donc 7 cas, et Boas pouvait prétendre qu'on trouverait bien 7 albuminuriques sur 1.000 sujets pris au hasard. A l'inverse cependant, en 1909, l'auteur russe Tchumakow décelait 1 albuminurie sur 10 eczémas et 9 albuminuries, dont 2 néphrites graves, sur 90 galeux.

En 1910, Dind, en Suisse, rapporte une nouvelle observation de néphrite aiguë au cours de la gale, qu'il explique plutôt par le parasitisme cutané (acares et

staphylocoques et streptocoques) que par l'action offensante du styrax.

En 1917, M. Nicolas inspire à Lyon la thèse importante de Mme Uebersfeld. Celle-ci rapporte 17 observations d'albuminuriques, dont une néphrite grave, sur un total de 260 galeux, contre 2 albuminuries seulement sur 110 affections cutanées diverses. Elle évoque dans ses conclusions le rôle possible du venin acarien et note que l'albuminurie est particulièrement fréquente au cours de la gale prolongée ou négligée.

Signalons enfin une observation de Milian (1918) sur un cas de néphrite aiguë au cours d'une gale considérablement infectée, avec abcès et suppurations multiples.

Il ne semble donc pas que de nouvelles recherches ou publications importantes aient été faites dans ce sens au cours de ces dernières années. Mais les deux observations de M. le Professeur Mouriquand, intéressantes à tant d'égards, ont donné un intérêt nouveau à cette question déjà ancienne.

ETUDE CLINIQUE

Quoi qu'il en soit de la pathogénie véritable des symptômes rénaux au cours de la gale, il apparaît comme indiscutable que cette affection, par un mécanisme que nous aurons à envisager plus loin, peut s'accompagner d'albuminurie et même de néphrite grave, parfois mortelle.

Cette albuminurie scabieïque peut se présenter en clinique, comme l'écrivaient déjà en 1908 MM. Nicolas et Jambon, sous deux aspects principaux :

1° L'ALBUMINURIE SCABIEIQUE proprement dite, simple découverte d'examen, ne s'accompagnant d'aucun symptôme, subjectif ni objectif, véritable trouvaille d'examen clinique complet, disparaissant plus ou moins rapidement par le traitement ;

2° LA NÉPHRITE SCABIEIQUE véritable, avec son cortège plus ou moins complet de symptômes classiques de néphrite aiguë, subaiguë ou chronique, pouvant guérir avec la gale ou persister en évoluant alors pour son propre compte.

Il nous a semblé en conséquence que nous pouvions étudier :

D'une part, l'albuminurie au cours de la gale, et ceci d'une manière surtout statistique, en nous basant sur

l'étude de 760 malades du service de M. le Docteur Gaté, et en rapportant les quelques cas où ce symptôme a été constaté ;

D'autre part, les néphrites au cours de la gale, et, des deux observations de MM. Mouriquand, Wenger et Mlle Flotard, nous rapprocherons ici celles que nous avons recueillies dans la littérature.

1. — L'Albuminurie au cours de la gale

Nous commencerons par un rappel rapide des statistiques antérieures. Il est intéressant en effet de revoir à partir de quelles données numériques les auteurs ont pu considérer l'albuminurie comme une complication relativement fréquente de la gale.

L'albuminurie, au cours de la gale, est signalée dans 7 % des cas par Unna (1874) ; dans 1,3 % des cas par Scheube ; dans 16 % des cas par Nicolas et Jambon (1908) ; dans 1,3 % des cas par Boas (1908) ; dans 10 % des cas par Tchumakow (1909) ; dans 6 % des cas enfin par Mme Uebersfeld (1917). On voit donc qu'en moyenne le pourcentage des galeux albuminuriques oscille, selon les auteurs, entre 10 et 1,3 %, autour de 7 % environ en moyenne.

En réalité, la fréquence de l'albuminurie apparaît notablement plus basse. En effet, les taux les plus importants sont signalés dans des statistiques portant sur un nombre de cas relativement peu élevé (Unna : 124 cas ; Tchumakow : 90 ; Nicolas et Jambon : 101, Mme Uebersfeld : 260). Par contre, sur 1.300 et 1.010 galeux, Scheube et Boas trouvent, à peu de chose près, le même pourcentage, bien plus bas, de 1,3 %. Et si l'on tient compte du nombre total des galeux examinés par Unna, Scheube, Nicolas et Jambon, Tchumakow,

Roas, Mme Uebersfeld, par rapport au nombre total des albuminuries constatées par ces différents auteurs, on arrive au chiffre de 81 albuminuries ou néphrites pour 2.885 galeux, soit un pourcentage de 2,8 % seulement.

Les chiffres que nous apportons semblent démontrer cependant que l'albuminurie, au cours de la gale, est encore plus exceptionnelle. M. le Docteur Gaté a fait rechercher dans son service les observations de tous les malades qui y ont été hospitalisés pour gale au cours de ces douze dernières années. Chez tous ces malades hospitalisés, l'albuminurie avait toujours été systématiquement recherchée. De plus, ayant eu l'attention attirée par la publication de MM. Mouriquand, Wenger et Mlle Flotard, il a, depuis quatre mois, fait rechercher l'albumine chez tous les galeux de sa consultation externe. Nous avons pu disposer ainsi du nombre relativement important de 760 observations de gales avec examen des urines.

Or, sur ces 760 malades, l'albuminurie n'a été constatée que 5 fois, soit dans la proportion infime de 0,65 %.

Nous rapportons ici les observations des cinq malades chez qui ce symptôme a été constaté :

OBSERVATION I.

C... Cécile (fiche 6.945). Fille publique, âgée de 26 ans, envoyée par le Service sanitaire pour gale pustuleuse.

Rien à signaler dans ses antécédents.

Huit jours avant son admission, elle a vu apparaître au niveau des mains et des pieds des pustules très prurigineuses laissant après perforation écouler du pus verdâtre. La température est élevée, les ganglions axillaires sont engorgés.

A l'entrée, il persiste de nombreuses pustules au niveau des extrémités avec adénopathies marquées.

Il existe un œdème malléolaire important qui, aux dires de la malade, remonterait à trois jours environ. Dans les urines, on constate un *gros disque d'albumine*.

A l'examen, outre les lésions pustuleuses, on constate que le tronc, la face antérieure des aisselles, les régions mammaires présentent des sillons caractéristiques de la gale. Il s'agit donc en réalité d'une gale très infectée, et l'on met la malade au traitement par la pommade de Milian.

A la sortie du service, huit jours après, la malade est guérie. *L'albumine a disparu*.

Il faut signaler que la malade revint se faire hospitaliser dans le service un mois après son premier séjour, les lésions de gale ayant réapparu : *l'albuminurie n'a pas été constatée lors de ce second séjour*.

OBSERVATION II

P... Marie (fiche 10.692). Femme de 28 ans, qui a été hospitalisée dans le service le 1^{er} février 1939, envoyée par le Service sanitaire pour gale

Les lésions scabieïques sont typiques, disséminées sur tout le corps, avec des lésions papuleuses, prédominant aux points d'élection : partie saillante des fesses, seins, face antérieure des aisselles. On trouve au niveau des plis du poignet, des sillons caractéristiques. Le prurit est très marqué, mais les lésions de grattage ne sont pas infectées.

A l'entrée dans le service, on trouve un *léger disque d'albumine dans les urines* : l'examen cytologique des urines mon-

tre de nombreux leucocytes altérés, quelques cellules épithéliales, mais pas de cylindres.

Le dosage montre une albuminurie à 0 gr. 10 par litre.

On institue un traitement par le benzoate de benzyle. Trois jours après l'entrée de la malade, l'albuminurie a disparu.

Signalons enfin qu'on entreprend un traitement au muthanol, devant la positivité des réactions sérologiques, et que la malade a très bien supporté les injections de bismuth.

OBSERVATION III

C.. Marcelle (fiche 10.963). Fille de 17 ans, admise dans le service le 6 janvier 1939 pour pyodermites.

On relève dans ses antécédents qu'elle a déjà été traitée pour une néphrite aiguë survenue deux ans auparavant sans cause apparente.

A l'entrée, on constate que la malade présente des pyodermites très disséminées sur les mains, les bras, les jambes et les fesses. Les démangeaisons qui sont intenses surtout la nuit, et la présence en certains points de lésions scabieïques caractéristiques, font porter alors le diagnostic de gale ancienne, non traitée et secondairement infectée.

L'albuminurie à l'entrée était de 0 gr. 15 par litre.

L'examen cytologique des urines révèle un dépôt formé par du pus, de nombreux leucocytes, quelques hématies, des cellules épithéliales, et des cristaux d'oxalates et d'urates. Il n'a pas été trouvé de cylindres.

Le traitement de la gale diminue nettement et rapidement le prurit, mais les éléments infectés sont plus longs à disparaître.

L'albuminurie persiste pendant deux semaines environ. Quand la malade quitte le service, le 10 mars 1939, les urines examinées à nouveau, *ne contiennent plus d'albumine*.

OBSERVATION IV

M. Joséphine (fiche 8.238). Il s'agit d'une vieille femme de 77 ans, qui a été hospitalisée dans le service en octobre 1935 pour eczema et gale norvégienne. (L'observation de cette malade a été publiée le 18 juin 1936 à la Réunion de Lyon de la Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie).

La malade fait d'abord un premier séjour dans le service pour eczema sec ; puis elle passe en chirurgie pour une fracture du col du fémur ; et ce n'est qu'après plusieurs mois que l'on fait le diagnostic de gale norvégienne, par la connaissance de cas nombreux de gale classique dans l'hospice où elle se trouvait depuis quelques années

Tous les téguments offrent un aspect finement pityriasique, et parfois quelque peu ichtyosiforme. L'intensité du prurit conditionne des lésions de grattage assez accusées. Erythème, excoriations linéaires. Le processus atteint tout le tégument, y compris la face et le cuir chevelu. En certains points, les lésions sont plus accusées, en particulier au niveau des mains et des pieds. D'une façon générale, il s'agit d'un processus hyperkératosique, et non pas croûteux et suintant. Le prurit est intense, aussi bien diurne que nocturne.

L'examen général montre une *albuminurie* à 0 gr. 12 par litre.

La glycémie est normale ; il y a une éosinophilie sanguine à 14 %.

Dans les poussières des squames, un examen poussé permet de déceler la présence de l'acare.

La malade, mise au traitement par le benzoate de benzyle, a vu ses démangeaisons et ses lésions disparaître rapidement.

OBSERVATION V

C... Marcelle (fiche 11.114). Il s'agit d'une fillette de 10 ans, hospitalisée dans le service le 25 février 1939 pour gale infectée.

Les premières lésions de grattage remontent à peu près à neuf mois.

A l'examen, on se trouve en présence d'une fillette qui présente sur tout le corps des éléments pustuleux prédominant aux mains et aux doigts, avec prurit intense surtout nocturne. Les lésions caractéristiques de la gale sont difficiles à mettre en évidence sous l'infection surajoutée. Cependant, les localisations électives de la gale facilitent le diagnostic.

On met la malade au traitement de la gale.

L'albuminurie, qui a été constatée à l'entrée (gros disque d'albumine à l'acide azotique) a disparu le troisième jour après l'admission.

La malade a quitté le service, complètement guérie, le 5 mars. Un nouvel examen des urines n'y décèle pas d'albumine.

Quelques réflexions s'imposent à propos de ces cinq observations.

Tout d'abord, nous insisterons à nouveau sur le nombre infime des galeux albuminuriques, puisque, nous l'avons vu, il atteint le taux minime de 0,6 %. Ce chiffre est très inférieur à ceux apportés jusqu'ici, mais le fait que nos recherches ont porté sur le nombre relativement élevé de 760 malades plaide fortement en faveur de son exactitude.

Nous nous permettrons de revenir ensuite sur quelques points de détail des cinq observations que nous avons rapportées.

Dans l'observation I, il s'agissait d'une gale extrêmement infectée, avec pustules purulentes des pieds et des mains, avec température élevée et engorgement ganglionnaire. Par ailleurs, malgré la constatation d'un œdème notable des malléoles, l'albuminurie dis-

parut rapidement et le tableau clinique n'en imposa jamais pour une néphrite.

La malade de l'observation III avait eu, deux ans auparavant, une néphrite aiguë d'origine indéterminée. Il semble donc qu'en l'occurrence on puisse invoquer un certain degré de fragilité rénale acquise. Par ailleurs, il s'agissait également d'une gale ancienne, non traitée et secondairement infectée. De toute façon, l'albuminurie ici aussi disparut au bout de quelques jours.

Dans l'observation IV, il s'agissait d'une gale norvégienne, frappante par l'importance et la diffusion des lésions cutanées. De plus, cette gale, non diagnostiquée, évoluait depuis plusieurs mois chez une vieille femme de 77 ans. Le grand âge de cette malade, sans entrer ici dans des discussions pathogéniques, incite à faire quelques réserves sur la qualité de son appareil rénal.

Quant à la fillette qui fait l'objet de notre observation V, elle était atteinte de gale infectée, et cela depuis neuf mois.

Ainsi donc, dans un cas certainement (obs. III), dans un autre peut-être (obs. IV), nous sommes autorisés à émettre un doute sur la qualité de l'appareil rénal de nos malades.

Dans quatre cas enfin, il s'agissait de gales infectées et anciennes (obs. I, III, IV et V). Cette notion du caractère généralement infecté des gales avec albuminurie n'est pas nouvelle. On la retrouve, entre autres auteurs, chez Augagneur, Milian, et dans les thèses des élèves de M. Nicolas. Mathieu, 5 fois sur 13,

note le caractère infecté de la gale, et, dans 13 observations sur 17, Mme Uebersfeld spécifie qu'il s'agit de gales avec infection surajoutée.

En définitive, une seule observation (obs. II) nous offre une albuminurie au cours d'une gale pure, récente, en dehors de toute contamination secondaire et de toute notion d'atteinte antérieure ou de fragilité du rein. Dans ce cas, l'albuminurie, minime, sans cylindrurie, disparut en trois jours et ne fut plus jamais constatée. Un traitement par des injections de bisnuth, institué immédiatement après, fut parfaitement toléré.

D'ailleurs, dans ces cinq cas, nous avons pu noter une disparition plus ou moins rapide de l'albuminurie, en un laps de temps variant entre trois jours et deux semaines. De toute façon, le retentissement rénal fut temporaire, et, répétons-le, discret, se bornant à une albuminurie minime sans néphrite décelable.

II. — Les Néphrites au cours de la gale

Dans un certain nombre de cas, rares en vérité, puisque nous n'en avons retrouvé que 11 observations dans la littérature française (chiffre infime si l'on considère la banalité de la dermatose acarienne), l'albuminurie n'est plus isolée, et n'est qu'un des éléments d'un syndrome de néphrite plus ou moins complet.

Théoriquement, « ces néphrites peuvent être aiguës, subaiguës ou chroniques, pouvant guérir avec la gale ou persister en évoluant alors pour leur propre compte » (Nicolas et Jambon). Il apparaît en réalité, à la lecture des observations que nous rapportons plus loin, qu'il s'agit presque exclusivement de néphrites aiguës ou subaiguës.

Au point de vue étiologique, il est spécifié, dans 9 observations sur 11 (Boyer, Béthizat, Mathieu, Mme Uebersfeld, Dind, Milian, Mouriquand, Wenger et Mlle Flotard), qu'il s'agit de gales infectées, avec lésions de grattage, pustules purulentes, ulcérations et croûtes. Ces gales, d'une façon générale, remontent déjà à plusieurs mois quand se déclenche la néphrite aiguë.

Dans le tableau clinique, qui est schématiquement celui d'une néphrite aiguë « a frigore », le syndrome urinaire et les œdèmes sont au premier plan.

L'élément essentiel et constant du syndrome uri-

naire est l'albuminurie, souvent massive. A elle s'associent la cylindrurie, et souvent l'hématurie (Mailhetard, Béthezat, Dind, Milian).

Les œdèmes sont notés à peu près par tous les observateurs. Il s'agit comme il est classique d'œdèmes surtout marqués aux membres inférieurs, avec gonflement des paupières et bouffissure du visage. L'œdème pulmonaire, nécessitant parfois la saignée, est signalé par Mailhetard, Nicolas et Mathieu, Milian.

Quant à l'urée du sang, elle atteignait 1 gr 07 % dans la première observation de MM. Mouriquand, Wenger et Mlle Flotard, 2 gr. % dans la seconde. Le bruit de galop enfin est signalé par Milian, et par MM. Mouriquand, Wenger et Mlle Flotard.

L'évolution de ces néphrites aiguës, d'une façon générale, se fait vers la guérison, en même temps que disparaît la dermatose acarienne. Mais on reste cependant frappé par l'évolution rapidement mortelle, en quelques jours, des deux cas de M. Mouriquand, évolution fatale qu'il faut rapprocher des deux néphrites mortelles rapportées jadis par Scheube. Nous n'avons pas retrouvé de néphrite chronique, de mal de Bright véritable, persistant après la guérison de la gale.

Nous rapportons ici les résumés des quelques observations de néphrites au cours de la gale que nous avons retrouvées dans la littérature :

OBSERVATION VI

(MAILHETARD).

Gale, néphrite, urémie à forme dyspnéique.

Au cours d'une gale, dyspnée formidable avec accès de suffocation. Bouffissure du visage et œdème des membres inférieurs. Examen du cœur et des poumons négatif.

Dans les urines, globules rouges et albumine en grosse quantité.

Guérison rapide.

OBSERVATION VII

(BOYER).

Gale, anasarque, albuminurie.

Homme de 20 ans, porteur d'une gale ancienne. Sur les mains et les membres inférieurs, nombreuses pustules recouvertes d'une croûte jaunâtre, plus confluentes à la face dorsale des mains, des doigts et des espaces interdigitaux. Sur le reste du corps, papules de prurigo.

Guérison en 16 jours de l'éruption, de l'anasarque et de l'albuminurie.

OBSERVATION VIII

(BOYER).

Gale suivie de néphrite aiguë.

Adolescent de 15 ans, porteur d'une gale datant de deux mois. Nombreuses croûtes impétigineuses sur les jambes, les fesses et les membres inférieurs. Nombreuses lésions de grattage.

Œdème des pieds, des jambes et des paupières.

Grosse albuminurie.

Guérison en 18 jours : il persiste un nuage léger d'albumine.

OBSERVATION IX

(BETHEZAT).

Gale pustuleuse et néphrite aiguë avec accidents urémiques.

Homme de 21 ans, admis le 26 janvier 1893 pour une gale remontant à 5 mois, et soignée avec négligence sans traitement régulier.

Le malade, couvert de croûtes et de pustules, a, en se frottant, ulcéré ses pustules, et modifié beaucoup le caractère de l'éruption, qui est presque confluyente sur les fesses et les cuisses. On constate cependant, dans les plis digito-palmaires et les plis du poignet, des sillons et des vésicules caractéristiques.

Le 1^{er} février, œdème des paupières et des jambes.

Le 2 février, la température est à 39°6, les œdèmes augmentent, on note de la dyspnée.

Urines : 700 cc, avec des globules rouges, des cylindres, des cellules épithéliales, et une albuminurie à 7 gr. ‰.

Le 5 février, 9 attaques, dans la journée, d'urémie à forme convulsive, traitées par chloral et saignée.

Urines : 1.300 cc.

Albumine : 2 gr. 50 ‰.

Le 7 février, amélioration, température normale.

Urines : 2.800 cc.

Albumine : 1 gr. ‰.

Du 1^{er} février au 1^{er} mars, la gale guérit, et l'albuminurie se maintient entre 0 gr. 40 et 1 gr.

OBSERVATION X

(MATHIEU).

Homme de 34 ans, admis le 31 janvier 1906 dans le service de M. Nicolas pour une gale contractée deux mois auparavant.

On relève dans ses antécédents, à l'âge de 15 ans, une poussée d'œdème blanc des membres inférieurs, qui serait survenue à la suite d'un bain froid, et qui aurait rétrocedé en une semaine.

A l'entrée, lésions de grattage eczématisées et pustules infectées. Quelques éléments ont une tendance ecthymateuse.

Visage pâle, face bouffie, paupières gonflées, œdème blanc des membres inférieurs remontant jusqu'au dessus des genoux, œdème des membres supérieurs. Ces symptômes remontent à 15 jours.

L'examen général révèle un souffle systolique intense de la pointe qui se propage dans l'aisselle.

Les urines sont rares, brunes, sales, et l'on y note, outre un gros disque d'albumine, des globules rouges, des cellules granuleuses isolées, des cylindres épithéliaux et granuleux.

Le 10 mars, urines claires et sans albumine.

Le 1^{er} mai, la gale est guérie et l'albumine n'a pas réapparu. Le souffle cardiaque persiste.

OBSERVATION XI

(MATHIEU).

Gale, albuminurie, œdème, néphrite, bronchite albuminurique.

Homme de 35 ans, admis le 20 août 1906 dans le service de M. Nicolas pour lésions de gale généralisées remontant à 15 jours, et œdème des jambes datant de 8 jours.

Teint pâle, cedème des membres inférieurs et du scrotum remontant jusqu'à l'abdomen.

Le malade tousse un peu et expectore des mucosités avec quelques stries sanglantes. Râles d'œdème aux deux bases.

Urines : 1.400 cc. avec un gros précipité d'albumine.

Le 12 octobre, quand le malade sort de l'hôpital, il y a encore des traces d'albumine dans ses urines.

OBSERVATION XII

(DIND).

Néphrite aiguë au cours de la gale.

Jeune homme de 18 ans, porteur d'une gale fortement eczématisée, avec pyodermite, contractée un mois auparavant.

Le 7 et 8 mai, frictions à la pommade soufre et styrax, sans savonnage ni bain.

Le 8 au soir, la température s'élève, atteint 39°5 le 13, puis revient à la normale.

Les urines sont hémorragiques, avec des cylindres et une albuminurie à 12 gr. ‰.

Le 19, au départ, il persiste des traces d'albumine : 0 gr. 5 ‰.

OBSERVATION XIII

(Mme UEBERSFELD).

Gale impétiginée avec néphrite aiguë.

Enfant de 6 ans, admis le 15 décembre. Il est couvert de larges croûtes, de pustules, de lésions de grattage très étendues. L'acare est constaté. Cette gale date de trois mois.

La face est bouffie, les paupières sont gonflées, il y a un œdème très accentué des membres inférieurs et supérieurs.

Urines rares, sales et très brunes, avec un précipité caillé, boté d'albumine : 3 gr. ‰.

Le 29, quatorze jours après, disparition complète de l'albumine.

Le 15 janvier, guérison de la dermatose.

OBSERVATION XIV

(MILIAN).

Néphrite aiguë de la gale.

Homme de 28 ans, admis le 8 avril pour gale considérablement infectée, avec placards impétigineux au niveau des aisselles, des coudes et sur le ventre. La température est à 38°.

Pas d'albumine dans les urines.

A partir du 14, la température augmente et se maintient pendant deux jours à 39°. La face est bouffie, œdématiée.

Urines : grosse albuminurie ; cylindres leucocytaires et hyalins, avec une grande abondance de leucocytes.

Le 23 avril, dyspnée très vive et saignée. Bouffissure considérable de la face avec œdème blanc des paupières. Bruit de galop très marqué.

Le 26 avril, incision d'un phlegmon inguinal gauche.

Le 1^{er} mai, hématurie.

Ouvertures spontanées ou chirurgicales d'un bubon inguinal droit le 2 mai, d'un abcès pariétal abdominal droit le 5 mai, abdominal gauche le 7 mai, axillaire le 10 mai.

Le 17 mai, albuminurie toujours massive.

Le 28 mai, il n'existe plus que des traces d'albumine.

OBSERVATION XV

(MOURIQUAND, WENGER, Mlle FLOTARD).

L... Renée, 4 ans et demi, entre à la Clinique Médicale Infantile le 5 décembre 1938.

Il n'y a rien à retenir dans ses antécédents, sinon qu'il s'agit d'un milieu déplorable où règnent l'incurie et la négligence.

Depuis un mois au moins, l'enfant aurait présenté sur toute la surface du corps, mais surtout aux mains et aux pieds, des boutons. Un traitement indiqué dans un dispensaire contre l'impetigo serait resté sans effet.

Depuis huit jours, apparition d'un œdème, ayant débuté par les membres inférieurs, pour remonter ensuite à l'abdomen jusqu'à la région lombaire. A partir de ce moment, l'enfant présente une dyspnée à peu près continue qui l'oblige à passer des heures entières assise sur son lit.

A l'entrée dans le service, c'est cette respiration si pénible avec tirage bruyant qui attire l'attention. La température est à 37°. Les urines sont rares et albumineuses.

Par ailleurs, l'enfant présente sur tout le corps des lésions de gale impétiginée pour lesquelles on l'envoie immédiatement dans le service de dermatologie où elle est traitée pendant deux jours au benzoate de benzyle.

A son retour dans le service, le 9 décembre, si les lésions cutanées se sont améliorées, l'état général paraît s'être considérablement aggravé.

L'enfant se présente avec un visage bouffi et pâle, la dyspnée est encore plus intense. L'œdème s'est étendu aux membres supérieurs. L'abdomen est météorisé, le foie déborde de trois travers de doigt, il est douloureux à la palpation.

L'examen cardiaque révèle un cœur hypertrophié dont les bruits très rapides sont lointains et assourdis. La tension artérielle est à 13/7.

Aux poumons : matité de la base droite sans bruits adventices.

L'enfant n'a pas uriné depuis 24 heures. Des ventouses scarifiées sur la région lombaire permettent de recueillir un peu de sang dans lequel un dosage montre une urée à 1 gr. 07 %.

Dans les jours qui suivent, l'état de l'enfant paraît s'améliorer un peu, la diurèse se rétablit, les œdèmes diminuent sensiblement.

L'albumine urinaire est à 0 gr. 17 ‰. Les urines renferment quelques leucocytes partiellement dégénérés.

Mais le 14 décembre apparaît un foyer congestif de la base gauche, l'état général décline rapidement, la dyspnée redevient intense, la température s'élève à 39°.

Le 15 décembre, l'enfant meurt.

A la vérification, on trouve un épanchement pleural citrin bilatéral et des lésions de congestion diffuse des deux bases pulmonaires. Les reins pèsent respectivement 100, 110 grammes. Ils sont un peu pâles, se décortiquent sans difficulté. Le cœur est normal ; on est seulement frappé par un certain degré d'hypertrophie du ventricule gauche.

OBSERVATION XVI

(MOURIQUAND, WENGER, Mlle FLOTARD).

Le frère de cette petite malade, entré le lendemain dans le service, présentait un tableau clinique identique avec gale infectée, œdèmes généralisés, albuminurie, urée sanguine à 2 gr. ‰.

Après deux jours passés dans le service de dermatologie, l'enfant revient dans le service avec un état général très grave, une température à 39°.

L'examen pulmonaire ayant montré l'existence d'une matité tournant dans l'aisselle à droite, une ponction pleurale permet de retirer un liquide louche dans lequel l'examen bactériologique a montré l'existence de pneumocoques.

Au cœur, rythme très rapide, bruit de galop.

L'enfant meurt le lendemain, avec une dyspnée encore accrue et un tableau de défaillance cardiaque.

La vérification a permis de constater une congestion marquée du lobe inférieur du poumon droit, avec fausses membranes en surface, et un épanchement purulent dans la plèvre droite. Les reins sont assez pâles, au moins dans leur corticale, pesant 90 et 100 grammes. Ils se décortiquent bien.

Le cœur est normal, mais on note également une certaine hypertrophie du ventricule gauche, comme chez la sœur du petit malade.

Ces deux dernières observations sont frappantes par la rapidité et la gravité de ces deux évolutions de néphrites aiguës avec gale infectée, survenues chez deux enfants ayant vécu dans un milieu très misérable, où les parents avouaient tous deux une gale soignée très tardivement et une absence totale de précautions hygiéniques et de soins.

MM. Mouriquand, Wenger et Mlle Flotard font remarquer tout d'abord que l'albuminurie existait avant le traitement des lésions cutanées par le benzoate de benzyle et que celui-ci ne peut donc être incriminé.

En raison par ailleurs de la constatation de pneumocoques dans l'épanchement plural purulent du plus jeune de ces deux enfants, ces auteurs ont pu se demander s'il ne s'agissait pas d'une néphrite aiguë due au pneumocoque. Mais le fait que la sœur aînée n'a présenté que des phénomènes pulmonaires se bornant à une congestion pulmonaire banale deux jours avant son décès, très postérieure par conséquent à l'apparition de la néphrite, indique que ces deux néphrites si graves, survenues au bout de trois semaines d'évolution (et peut-être davantage encore vue la réticence des parents) d'une gale très étendue et très infectée, doivent être attribuées à cette dernière.

PATHOGENIE

Comment, à la lumière de la statistique et des observations que nous apportons, peut être conçu le mécanisme pathogénique des manifestations rénales au cours de la gale ?

1° Il semble tout d'abord que l'on puisse éliminer de façon formelle l'action du topique antiscabieïque. Cette conception pathogénique a eu pourtant de nombreux partisans, et tour à tour le savon noir, la pommade d'Helmerich, l'onguent styrax, le baume du Pérou et le pétrole furent rendus responsables des complications urinaires de la gale. Le savon noir fut mis en cause par Kemhadjian-Miran (1882) et par Capitan (1883), le naphthol par Lesser (1900), le pétrole par Lassar (1872), le baume du Pérou par Hénoch et le styrax par Unna (1874). Ces idées étaient par la suite facilement réfutées par Boyer, Mathieu, Dind, Mme Uebersfeld. Celle-ci cependant rapporte dans sa thèse trois observations d'albuminuries transitoires, non constatées à l'entrée dans le service, et apparues après des séances de frotte. Il est évident que ces albuminuries ne sauraient relever d'une intoxication médicamenteuse.

Dans les deux observations, notamment, de MM. Mouriquand, Wenger et Mlle Flotard, la constatation

de l'albuminurie et des signes de néphrite était antérieure à la thérapeutique par le benzoate de benzyle. Il en était de même dans les cinq observations d'albuminurie simple que nous a confiées M. Gaté, et dans toutes celles que nous avons recueillies dans la littérature.

Il paraît donc certain que, de même que l'onguent styrax, les produits actuellement utilisés dans la thérapeutique de la gale : polysulfure de potassium, benzoate de benzyle, doivent être mis hors de cause.

2° La question d'une infection générale surajoutée a pu être posée, notamment dans l'observation de MM. Mouriquand, Wenger et Mlle Flotard, où la constatation d'une pleurésie à pneumocoques pouvait faire envisager l'hypothèse d'une néphrite aiguë due au pneumocoque. En réalité, nous avons vu pour quelles raisons ces auteurs ont éliminé l'action du pneumocoque. La plus importante était que, chez la sœur du petit malade, qui présentait le même tableau de néphrite grave et la même gale infectée, l'infection pneumococcique n'avait pas à être envisagée, les phénomènes pulmonaires d'ordre très banal qu'elle présentait étant très postérieurs aux symptômes urinaires.

3° Il ne semble pas qu'on puisse, au cours de la gale, attribuer de façon formelle l'atteinte rénale à un poison élaboré par les acares, poison dont l'élimination léserait l'épithélium rénal (Mme Uebersfeld). Mme Uebersfeld soulève cette hypothèse, mais en reconnaît elle-même le caractère très incertain. Le venin acarien, s'il existe, n'a pas été jusqu'ici isolé. De toutes façons, son action est évidemment très difficile à démontrer.

Notre observation II par exemple (albuminurie transitoire au cours d'une gale récente et non infectée) plaiderait en ce sens, mais il reste néanmoins ce fait que l'atteinte rénale demeure d'une étrange rareté au cours de la dermatose acarienne, par ailleurs si banale.

4° Par contre, nous insisterons, dans ces formes avec albuminurie et surtout avec néphrite, sur l'ancienneté et le caractère généralement infecté de la gale. Et l'on doit rationnellement faire jouer un rôle de tout premier plan aux microbes de cette infection locale (strep-tocoques, staphylocoques) ou à leurs toxines. Augagneur écrivait déjà en 1885 que « dans les lésions cutanées, toutes les fois que l'albuminurie a une certaine persistance, il s'agit de plaies ou de suppuration de la peau. Les affections cutanées productrices par excellence de l'albuminurie sont l'ecthyma, l'impetigo, la phthiriasse et la gale ». Mme Uebersfeld fait jouer un rôle favorisant important aux microbes d'infection secondaire. Et Milian ne cherche pas ailleurs que dans cette infection secondaire l'explication de la néphrite aiguë au cours de la gale, dont il a rapporté l'observation en 1918.

A ce propos donc, l'ancienneté de la maladie, l'absence de traitement, les mauvaises conditions hygiéniques, que nous notons dans presque toutes les observations, ne sont pas sans présenter un gros intérêt.

5° Nous envisagerons enfin le rôle des atteintes rénales antérieures chez les galeux albuminuriques. Pour Hubner (1904), l'albuminurie au cours de la gale est toujours le réveil d'un ancien processus rénal. Cette théorie est trop exclusive, mais nous retrouvons ce-

pendant des antécédents de néphrite aiguë dans une observation certainement (Obs. III), dans une autre peut-être (Obs. X). Il se peut enfin, mais ici nous entrons dans le domaine de l'hypothèse, qu'une fragilité rénale constitutionnelle (et le cas de ces deux enfants, frère et sœur, des observations XV et XVI donnerait à le penser) ait une part de responsabilité.

*
**

De tout ceci, il semble bien résulter qu'il est possible après tout que le venin acarien joue un rôle, difficile à prouver d'ailleurs, dans le déterminisme des accidents rénaux au cours de la gale.

Mais il apparaît qu'il a besoin, pour jouer, de conditions secondes d'une importance certaine, conditions secondes nécessaires et peut-être même suffisantes.

Ces conditions sont la longue durée d'évolution de la gale, l'infection locale surajoutée par le streptocoque et le staphylocoque, la dissémination des lésions. Ces conditions d'infection, de dissémination, d'ancienneté des lésions cutanées se trouvent réalisées dans l'immense majorité des observations (Obs. I, III, IV, V, VII, VIII, IX, X, XII, XIII, XV et XVI).

Enfin, on ne saurait éliminer le rôle possible de la fragilité rénale, soit constitutionnelle, soit acquise (Obs. III et X).

*
**

Quoi qu'il en soit, le retentissement rénal de la dermatose acarienne (en dehors de quelques faits très graves, mais tout à fait exceptionnels, comme ceux

rapportés par M. Mouriquand) demeure le plus souvent des plus discrets, et, répétons-le, réellement exceptionnel. N'était l'histoire tragique de ces deux enfants, et quelques cas de néphrite grave publiés en un demi-siècle, il mériterait à peine de retenir l'attention.

Il semble, d'ailleurs, et notre statistique tend à le démontrer, que l'albuminurie au cours de la gale soit beaucoup plus rarement constatée aujourd'hui qu'autrefois, et ceci paraît en faveur des moyens de diagnostique et de thérapeutique actuels.

CONCLUSIONS

Les signes d'atteinte rénale au cours de la gale sont de constatation tout à fait exceptionnelle, puisque, sur 760 observations du service de Dermato-Syphiligraphie de l'Antiquaille, nous ne les avons rencontrés que cinq fois, soit dans 0,6 % des cas, sous forme d'albuminurie transitoire et isolée.

Cette atteinte rénale peut se manifester :

1° le plus souvent par une albuminurie isolée, de taux peu élevé, disparaissant en quelques jours sans laisser de traces ;

2° exceptionnellement par une néphrite aiguë, dont la littérature nous offre 11 observations détaillées. La guérison est habituelle, mais les deux malades dont MM. Mouriquand, Wenger et Mlle Flotard ont rapporté les observations évoluèrent rapidement vers la mort.

Dans le déterminisme de ces atteintes rénales, il semble qu'il faille faire jouer le rôle principal à l'infection surajoutée de la peau, favorisée par l'ancienneté de la gale et la dissémination des lésions. On doit

envisager également le rôle de la fragilité rénale, constitutionnelle ou acquise.

Le rôle du poison acarien, discutable, ne paraît pas en tous cas être actif en dehors de ces conditions essentielles.

Vu :

LE DOYEN :
JEAN LEPINE.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE :
FAVRE.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 30 Mai 1939

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
A. LIRONDELLE.

BIBLIOGRAPHIE

- AUGAGNEUR. — Albuminurie dans les lésions de la peau (*Lyon Médical*, 1885, XLIX, p. 51).
- BETHEZAT. — Gale pustuleuse et néphrite aiguë avec accidents urémiques (*Nouveau Montpellier Médical*, 1893, p. 345).
- BOAS. — L'albuminurie chez les galeux (*Hospitaistidende*, 9 décembre 1908, in *Lyon Médical*, 19 décembre 1909).
- BOYER. — De l'albuminurie liée aux irritations cutanées (*Thèse de Lyon*, 1883).
- BRAUNE. — Skabies und nephritis (*Therap. Monatschr.*, Berlin, 1910, XXIV, p. 236-239).
- CAPITAN. — Recherches expérimentales et cliniques sur les albuminuries transitoires (*Thèse de Paris*, 1883).
- DIND. — Néphrite aiguë au cours de la gale (*Revue Méd. de la Suisse Romande*, 1910, XXX, p. 731-736).
- DUVERNAY. — De la néphrite impétigineuse (*Lyon Médical*, 25 avril 1909, p. 854).
- HUBNER. — Ueber Albuminurie bei scabiei (*Zeitschrift für Klinische Medizin*, 1904, bd 55).
- KEMHADJIAN-MIRAN. — De l'albuminurie consécutive aux irritations cutanées (*Thèse de Paris*, 1882).
- LASSAR. — Ueber den Zusammenhang Zwischen hautöden und albuminurie (*Virchow Archiv*, bd 1872).
- LESSER. — Lehrbuch der hautkrankheiten (1900).
- MAILHETARD. — De la gale (*Thèse de Paris*, 1875).
- MARZOCCHI. — Intorno alla questione dell'albuminuria negli scabbiosi (*Riv. d'Igien. e san. publ.*, Torino, 1911, XXII, p. 713-715).
- MATHIEU. — Contribution à l'étude de l'albuminurie au cours de la gale (*Thèse de Lyon*, 1907-1908).

- MILIAN. — Néphrite aiguë de la gale (*Paris Médical*, 1918, XXIX, 2, p. 237-239).
- MOURIQUAND, WENGER et Mlle FLOTARD. — Néphrites mortelles chez deux enfants atteints de gale (*Soc. Méd. des Hôp. de Lyon*, 20 décembre 1938, in *Lyon Médical*, CLXII, 5 mars 1939, p. 283).
- NICOLAS et JAMBON. — L'albuminurie chez les galeux (*Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, 1908, p. 65).
- SCHEUBE. — Nephritis und hautkrankheiten (*Centralblatt. F. Klin. Med.*, 1883).
- SECHI. — Sulla pretasa albuminuria negli acariaci (*Thèse de Cagliari*, 1910).
- TAMAYO. — Las albuminurias y nephritis escabieicas (*Cron. Med. Lima*, 1911, XXVIII, p. 188).
- TCHUMAKOW. — L'albuminurie dans la gale (*Revue Russe des maladies cutanées et vénériennes*, 1909, XVII, p. 169).
- UEBERSFELD (Mme). — Nouvelle contribution à l'étude de l'albuminurie scabieïque (*Thèse de Lyon*, 1916-1917).
- UNNA. — Albuminurie wahreud der styraxeinreibungen krätziger (*Virchow's Arch.*, bd 74).

TABLE DES MATIERES

I. — INTRODUCTION	9
II. — HISTORIQUE	11
III. — ETUDE CLINIQUE	15
1. L'albuminurie au cours de la gale.	17
2. Les néphrites au cours de la gale..	25
IV. — PATHOGÉNIE	35
V. — CONCLUSIONS	41
VI. — BIBLIOGRAPHIE	43



BOSC FRÈRES, M. & L. RIOU

00 00 00 IMPRIMEURS-ÉDITEURS 00 00 00

00 42, QUAI GAILLETON, 42 00

00 00 00 00 LYON 00 00 00 00



